

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N^o

188

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 mars 1895, à 1 heure

Par LOUIS-JOSEPH MOREAU

Né à Paris, le 11 novembre 1865.

DES

ADHÉRENCES DES PETITES LÈVRES

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. GUYON, professeur.
BUDIN, NÉLATON, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1895

188

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 mars 1895, à 1 heure

Par LOUIS-JOSEPH MOREAU

Né à Paris, le 5 novembre 1865.

DES

ADHÉRENCES DES PETITES LÈVRES

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. GUYON, professeur.
BUDIN, NÉLATON, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	F UCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	S HWARTZ
BAR	GILBERT	N LLATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLE Y	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE D^r ALEXIS-J. MOREAU

Ancien interne des hôpitaux
Ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur
De l'ordre de François I des Deux-Siciles
etc.

A M. JOSEPH MICHON

Docteur en médecine
Docteur ès-lettres
Licencié ès-sciences

Hommage de ma reconnaissance et de mon vif attachement.

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

Commandeur de la Légion d'honneur
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Ancien Président et membre de l'Académie de médecine

*Respectueux hommage d'admiration et de profonde
reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

DES

ADHÉRENCES DES PETITES LÈVRES

INTRODUCTION

Les adhérences des petites lèvres, que les accoucheurs, les chirurgiens, et plus particulièrement les chirurgiens d'enfants voient de temps en temps, nous ont semblé matière à quelques considérations susceptibles de faire le sujet de notre thèse.

Si l'on interroge les accoucheurs ou les chirurgiens, presque tous ont vu ces faits, mais si l'on consulte les auteurs sur ce sujet, les documents sont peu nombreux, ainsi que le constatait déjà M. le Dr Chipault dans une note en 1891.

Nous avons fait des recherches bibliographiques, tant obstétricales que chirurgicales, nous

nous sommes efforcé de rassembler les documents oraux pour suppléer à l'insuffisance de la bibliographie, nous sommes parvenus ainsi à grouper nos observations sous trois chefs :

Les adhérences des petites lèvres, observées dans la sphère obstétricale, c'est-à-dire à la naissance ou dans le courant de la première année ;

Les adhérences observées par les chirurgiens — les plus fréquentes — constatées vers l'âge de trois à cinq ans ;

Enfin les brides membraneuses qui peuvent subsister chez la jeune femme et qui sont un reliquat des adhérences de l'enfance, ainsi que le prouvent les détails de l'observation très nette de M. Chipault.

Ces adhérences sont de nature très particulière et n'ont rien de commun avec les malformations des organes génitaux qui sont copieusement décrites dans les traités classiques. Les sujets dont il s'agit ont une vulve absolument normale, seulement après avoir écarté les grandes lèvres on constate un agglutinement des petites lèvres. La membrane pellucide qui constitue cette union n'offre aucun rapport avec la membrane hyménéale. Il ne s'agit point ici de l'imperforation de l'hymen, celle-ci est généralement constatée après les premières menstruations, vers l'âge de douze à quinze ans, alors que le sang menstruel, s'accumulant en arrière de la barrière hyménéale, produit des troubles de différents ordres qui amèn-

nent les patientes vers le médecin. Les adhérences des petites lèvres accidentelles ne rentrent point non plus dans notre cadre. Nous éliminerons donc toutes les brides, résultant de cicatrisations vicieuses, de brûlures, de pustules varioliques, d'ulcérations quelconques; les cicatrices de déchirures traumatiques faites, soit pendant l'accouchement, soit dans un autre but opératoire. Notre sujet se trouve ainsi bien limité à cette sorte d'adhérences spontanées qui est découverte, ordinairement par hasard, par les mères de famille, au cours de l'enfance, et qui n'est pas parfois sans intriguer vivement le médecin.

Les auteurs qui ont traité ce sujet rangent les adhérences des petites lèvres, dont nous nous occupons, dans un chapitre d'atrésie du vagin. Nous pensons que c'est là un abus de langage et qu'on ne saurait employer ce mot pour cette union si fragile des petites lèvres que certains auteurs ont exprimé cette opinion, que les mouvements de la marche seule pouvaient arriver à la détruire (Denman, in Cazeaux. *Tr. prat. et théor. de l'art des accouchements*). Le mot atrésie semble comporter une malformation congénitale et l'on ne saurait attribuer à tous les cas ce caractère de congénialité, d'autant plus que ces adhérences rompues et détruites, les organes génitaux sont normaux.

Les adhérences des petites lèvres ne sont donc pas susceptibles de constituer un chapitre dans

l'étude des atrésies vaginales. Elles doivent former un chapitre à part à cause de leur origine, à cause du traitement dont elles sont justiciables. Et, si nous suivons l'exemple de tous les chirurgiens, en comparant cet agglutinement aux adhérences du prépuce chez les jeunes garçons, nous ne dirons pas davantage qu'il y a atrésie du vagin dans ces cas, que nous appellerons atrésie du prépuce les adhérences préputiales.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres dans les hôpitaux, et tout d'abord M. le professeur Tarnier, dont les leçons précieuses nous ont initié à l'art des accouchements, nous l'ont fait goûter et aimer, et qui nous donne une nouvelle preuve de sa bienveillance en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier aussi nos premiers maîtres, les Drs Bucquoy, Constantin Paul, Ferrand, et d'adresser un dernier hommage à la mémoire du professeur Le Fort.

Notre ancien interne et ami, le Dr Dufournier, voudra bien accepter nos remerciements pour les bons conseils qu'il nous a toujours donnés.

Que M. le Dr Demelin, notre chef de clinique, et Mlle Hanicot, sage-femme en chef, reçoivent enfin l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillante sympathie qu'ils nous ont toujours montrée.

APERÇU HISTORIQUE.

Si nous recherchons dans les écrits des accoucheurs, nous voyons les imperforations vulvaires signalées dans presque tous, parmi les vices de conformation que peuvent présenter les nouveaux nés. Mais le siège précis reste le plus souvent indéterminé.

Hippocrate dit bien au livre I^{er}, des *Maladies des femmes*, que la conception peut être empêchée par certaine membrane laquelle bouche la matrice, mais laisse indéterminé le siège exact. Arrivant à Ambroise Paré et à Mauriceau, les imperforations notées par ces auteurs semblent plutôt se rapporter à celle de l'hymen. Haller précise : « *Nymphas conglutintas vidi ut solvi necesse esset.* »

Mais c'est à une époque relativement récente que les imperforations des petites lèvres sont signalées, seulement en passant, leur rareté et

souvent le peu de gêne qu'elles entraînent n'attirant pas spécialement alors l'attention sur elles. Baudelocque (1787), ne signale que celles des grandes lèvres, mais nous trouvons les adhérences des petites lèvres mentionnées à côté d'autres imperforations dans Underwood (*Tr. des mal. des enfants*, 1786), Denman (1795), Combes Brassard (*Essai sur les mal. des enfants*, 1819), J. Capuron (1820), dans Dugès (*Manuel d'obstétrique*, 1830), qui a vu l'adhésion des nymphes former une sorte de canal étroit, gêner l'excrétion de l'urine et nécessiter une incision, dans Velpeau (1835), Moreau (1838) ; dans Cazeaux (1840), qui déjà les distingue en congénitales ou acquises, et qui, ainsi qu'Honoré Chailly (1845) établit des différences dans leur mode d'union ; dans Jacquemier (1846), Maunoury et Salmon (1850). Depaul les regarde comme un accident assez commun chez les petites filles et se produisant à une époque plus ou moins éloignée de la naissance (*Soc. de chirurgie*, 1859). Tarnier et Budin les mentionnent (*Traité de l'art des accouchements*, 1886). Charpentier (1890) en a vu plusieurs cas très nets au moment de la naissance et à 4 ans.

Parallèlement aux accoucheurs, les chirurgiens, et plus spécialement les chirurgiens d'enfants, avaient occasion d'observer ces adhérences, soit qu'elles aient échappé aux accoucheurs, soit qu'elles se soient formées postérieurement à la naissance.

Marjolin les signale (*Dict. de médecine*, 1828), Amussat, dans plusieurs mémoires (1835). Lefort dans sa thèse d'agrégation (1863) les indique, tout en étudiant surtout les anomalies de l'utérus, et celles de l'hymen. Enfin, Gosselin, Bouchut (*Tr. prat. des mal. des nouveau-nés*, 1855), Follin, Duplay, Reclus, Tillaux, Legendre et Broca, Debierre, tous en parlent, mais dans une nomenclature rapide des malformations.

Parmi les auteurs qui s'y sont plus spécialement arrêté, nous devons citer Bouchacourt, Labadie de Lalande (1856), Puech, qui divisent nettement les occlusions du conduit vulgo-vaginal, suivant que l'obstacle siège aux grandes lèvres, aux petites lèvres ou à la membrane hymen.

Une troisième classe d'auteurs, et nous ne ferons que la signaler, celle qui traite des monstruosités ou de l'hermaphrodisme, signale dans plusieurs malformations la coexistence de la fusion des petites lèvres. Si ces cas rentraient dans notre cadre, nous signalerions les cas de Debierre et l'exemple fameux de Madeleine Lefort qui avait selon Dugès (*Mém. sur l'hermaphrodisme*) « coalition des nymphes, de sorte que l'urine sortait par plusieurs pertuis fort étroits sous le clitoris ». Mais ici d'autres malformations existaient. Pour la même raison devons-nous laisser de côté le cas rapporté très en détail par Debout (*Bull. de thérapeutique*, t. LXV, 1864, p. 26). La grandeur anormale du clitoris, bien que la seule anomalie

constatée chez sa malade, nous le fait rejeter puisque nous ne voulons étudier les adhérences des petites lèvres que chez des sujets normalement conformés. Cependant ce cas qui nous semble être une atténuation de celui de Madeleine Lefort, peut servir de transition et nous amener aux adhérences signalées par M. Chipault et à celles que nous avons observées.

Ces adhérences, bien que rares, se présentent chaque année dans les services d'hôpitaux d'enfants. Elles constituent une simple anomalie, susceptible au plus d'être rangée parmi les hémitéries de Geoffroy Saint-Hilaire et nullement dans les anomalies graves telles l'hermaphrodisme ou les monstruosités.

II

FRÉQUENCE. — ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

Les adhérences des petites lèvres semblent être rares si l'on en juge par le peu de documents qui existent dans la bibliographie médicale. Amussat en a vu plusieurs cas ; Bouchacourt en a observé neuf ; Guersant, une cinquantaine ; Cazeaux, un cas à la naissance, et Danyau, un cas d'origine non congéniale. Charpentier, dans son *Traité des accouchements*, rapporte en avoir constaté trois cas à la naissance et un chez une fillette de quatre ans. Devons-nous conclure qu'il s'agit là d'un fait très exceptionnel ?

Nous ne le pensons pas, car en interrogeant les accoucheurs, les chirurgiens et les médecins d'enfants, beaucoup d'entre eux ont été consultés sur des faits de ce genre. M. Chipault, dans sa note, mentionne que M. le professeur Duplay lui a communiqué un certain nombre d'exemples de sa pratique.

Pour avoir dans la clientèle hospitalière le nombre approximatif, interrogeons M. de Saint-Germain. Le chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, dont la consultation annuelle comporte cinq à six mille sujets, est appelé à intervenir huit à dix fois chaque année ; en supposant que le nombre des garçons consultants soit égal à celui des filles, nous aurions une fois des adhérences des petites lèvres sur 300 petites filles. A l'hôpital des Enfants-Malades, il est rare de voir des enfants nouveau-nés, sauf le cas de malformations profondes, telles que l'exomphale, le spina-bifida, le bec de lièvre, etc. ; cette approximation statistique concernant les adhérences des petites lèvres ne porte que sur les petites filles ayant dépassé la première année.

Il serait certes désirable de pouvoir faire un calcul analogue, d'après les données d'une ou plusieurs maternités pour établir la fréquence de cette malformation à la naissance ; mais ces documents nous manquent, les soins que nécessite d'urgence l'état de la mère, *post partum*, l'attention avec laquelle sont maintenant examinés les placentas, ne permettent pas aux accoucheurs d'entrer dans ces détails qui peuvent sembler de pure curiosité dans un moment solennel.

L'accoucheur a le devoir d'examiner l'état physique de l'enfant, de rechercher les vices de conformation, de s'assurer que l'anüs est perforé, les organes génitaux externes bien conformés, mais il

est possible que les adhérences des petites lèvres qui n'entraînent point de troubles immédiats dans le fonctionnement de l'organisme, ou bien passent inaperçues, ou bien ne soient pas mentionnées dans les observations concernant les nouveau-nés.

Telles sont les raisons qui expliquent cette lacune; nous ne pouvons donc donner même d'une façon très approximative la fréquence de ces adhérences chez les nouveau-nés.

Toutefois, nous pouvons dire que ces adhérences ne sont pas l'apanage exclusif de la clientèle hospitalière, mais en ville plus encore qu'à l'hôpital il est difficile d'en apprécier la fréquence relative.

Nous avons consulté sur ce sujet quelques-uns des accoucheurs placés à la tête des services hospitaliers. M. le professeur Tarnier nous a dit avoir observé cette sorte d'adhérences. M. le Dr Budin a eu la bonté de nous communiquer une observation de sa pratique. Il s'agissait d'une petite fille de 4 ans qui présentait une véritable fusion des petites lèvres et qui n'en était du reste nullement incommodée. Les parents avaient découvert l'anomalie par hasard, et pensant qu'elle pourrait en éprouver une gêne dans la suite, avaient sollicité l'intervention. M. Budin sectionna tout simplement au bistouri sur la sonde cannelée. Les parties furent isolées par de la gaze salolée laissée en place jusqu'à la cicatrisation complète.

Il est difficile de dire si ce cas était congénital ; il n'y avait pas d'indice d'inflammation récente.

Ni M. Maygrier ni M. Bar n'ont eu l'attention attirée sur ce sujet. M. le D^r Lepage nous a rapporté avoir été consulté plusieurs fois pour des cas semblables, et M. le D^r Oui une fois.

Quelles peuvent bien être les causes de cet agglutinement, de cette coalition des petites lèvres ? Cette question a été agitée par les rares auteurs qui se sont occupés de la question.

Nous devons tout d'abord, avant d'en discuter la pathogénie, bien établir ce fait que cet état des organes génitaux externes a été constaté à la naissance ainsi que le prouvent les observations de Cazeaux, de Charpentier et d'autres. Ce premier point admis nous sommes amenés à nous demander dans quelle mesure le développement embryogénique des organes génitaux peut nous permettre d'expliquer ce phénomène.

Rappelons donc en quelques mots quel est ce développement.

Les organes génitaux externes sont absolument indépendants dans leur formation des organes génitaux internes. Ils se développent chez le mâle comme chez la femelle aux dépens d'une ébauche identique, au pourtour de l'orifice du cloaque.

Une première période est caractérisée par l'indifférence sexuelle. Dans la période suivante, le sexe s'accuse non par la production d'organes nouveaux, mais par une simple modification des

organes primitifs. Avant le cloisonnement du cloaque, lorsque son orifice est par conséquent unique, on voit se produire sur la ligne médiane, aux dépens des cellules du feuillet moyen, un tubercule, et de chaque côté de celui-ci un repli demi-circulaire se continuant par ses extrémités avec le repli opposé. Un peu plus tard le tubercule médian ou tubercule génital augmente de volume et se creuse inférieurement d'un sillon qui se prolonge jusqu'à l'entrée du sinus uro-génital.

Dans le sexe féminin le tubercule médian constitue le clitoris; la gouttière située à sa partie inférieure représente le vestibule; des bords de la gouttière ou replis génitaux naissent les petites lèvres. Le développement des organes génitaux externes se fait ainsi aux dépens du tubercule génital; de l'absence de fissuration du tubercule génital résulte l'atrésie complète de la vulve et de l'urèthre.

Ici, nous l'avons vu, en dehors de la fusion des petites lèvres, tout dans les organes génitaux, même l'hymen, est normal. Faut-il donc pour expliquer cette fusion unique admettre l'absence de la fissure du tubercule génital? Non, sans doute, car nous devrions trouver aussi des malformations profondes, malformations qui n'existent pas.

Nous ne pensons donc pas plus trouver dans une telle origine embryogénique, l'explication de cette fusion que nous ne pourrions y trouver le

point de départ des adhérences préputiales chez les jeunes garçons, adhérences très analogues.

Étant donné le mode de développement des organes génitaux externes, étant donné surtout dans les cas qui nous occupent l'absence totale de malformations autres que l'occlusion des petites lèvres, malgré la congénialité observée, il semble difficile de donner à ce phénomène une explication embryologique.

Le professeur Verneuil repousse également cette pathogénie : « La manière dont se forment chez le fœtus les petites lèvres ne permet pas de concevoir comment elles pourraient ne pas être perforées ; et si cela s'observait il faudrait admettre qu'elles ont contracté tout simplement des adhérences par suite d'une maladie intra-utérine. Ne sait-on pas, en effet, que l'atrésie s'explique par un arrêt de développement en vertu duquel l'abouchement entre deux cavités formées isolément ne s'effectue point, ou bien lorsqu'une des cavités manque ou ne s'étend pas jusqu'à ses limites naturelles » (cité in Labadie de Lalande).

Ainsi pour expliquer les cas d'adhérences constatées à la naissance, M. le professeur Verneuil inclinerait assez à penser qu'il n'y a point arrêt de développement.

Quelle pourrait bien être cette maladie intra-utérine sinon la vulvite ?

Guersant, dans son rapport sur le travail de M. Bouchacourt, est plus explicite et s'exprime de

la sorte dans ses conclusions : « Les adhérences des petites lèvres qu'on observe assez souvent chez les petites filles ne sont pas toujours congénitales et pourraient bien se développer *avant* ou après la naissance, à la suite d'une vulvite analogue à la balanite observée si souvent chez les petits garçons et dans laquelle on remarque des adhérences du prépuce semblables aux adhérences dont nous venons de parler » (*Bull. Soc. chirurgie*, t. VI).

C'est à peu près le même langage que tient M. Pozzi. « L'union des petites lèvres, dit-il, paraît ne pas être toujours un phénomène de malformation congénitale, mais bien résulter d'une soudure analogue à celle qui réunit le prépuce au gland dans les cas de phimosis chez les petits garçons. C'est ainsi qu'on peut trouver chez les petites filles des nymphes soudées jusqu'à la hauteur de l'urèthre de manière à gêner parfois la miction ; les adhérences se détachent assez facilement par la simple traction » (*Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 1890).

On pourrait appeler cette explication étiologique la théorie de la vulvite intra-utérine.

Ne voit-on pas chez les enfants nouveau-nés se développer dans des conditions mal déterminées une mastite ? Il semble naturel de faire entre cette inflammation de la région mammaire et l'inflammation des organes génitaux un rapprochement, qui peut peut-être jeter une certaine lumière sur cette pathogénie.

Les différents auteurs ont bien vu la difficulté de la théorie embryologique, et si Debierre et Debout admettent cette union comme résultant d'un arrêt dans le développement des organes génitaux, c'est que dans les cas observés par eux existaient d'autres malformations. Mais ceux qui ont bien vu les simples adhérences dont nous parlons ne l'admettent qu'avec les plus grandes réserves et encore pour un petit nombre de cas seulement ; ainsi font, outre ceux que nous avons déjà cités, Cazeaux, Bouchut, Depaul, Puech, Guer-sant, Follin et Duplay, etc., qui aiment bien mieux dans la majorité des cas leur reconnaître une origine accidentelle.

Ayant déjà le pied dans la théorie, c'est-à-dire dans l'hypothèse, nous est-il permis de pénétrer plus avant encore dans cette voie et de nous demander dans quelles conditions naîtra cette vulvite intra-utérine, cause première de l'occlusion des petites lèvres ?

La vulvite spontanée chez les petites filles étant l'indice d'un mauvais état général, peut-être y a-t-il lieu de penser que ce sera plus particulièrement chez les fœtus malingres à cause d'un mauvais état général de la mère pendant la grossesse qu'évoluera la vulvite intra-utérine ? Les accoucheurs seuls pourraient répondre à cette question, mais les faits signalés par eux ne comportent pas de détails assez complets pour éclaircir ce point.

Si la vulvite intra-utérine est difficile à admet-

tre, ne faut-il donc dans quelques cas regarder ces adhérences que comme « la conséquence d'une juxtaposition tellement intime, analogue à la juxtaposition des surfaces observées en physique et étudiées au chapitre des phénomènes capillaires, qu'on a pu voir là une adhésion organique et la nécessité de la détruire par l'instrument tranchant » (Bouchacourt)? ou bien encore, ne voir là qu'une « simple agglutination de matière épidermique » (Verneuil)?

Ajoutons cependant que M. de Saint-Germain, dont la compétence et l'expérience en ces matières sont d'un grand poids, regarde ces adhérences comme toujours congénitales, sans exprimer d'opinion sur la pathogénie.

Mais, quelle que soit cette pathogénie et la théorie qu'on adopte pour expliquer ces adhérences congénitales, ce que l'on peut affirmer c'est qu'elles existent.

Bien moins difficile est l'explication pathogénique des adhérences que l'on observe à l'âge de deux à cinq ou six ans. Ces dernières peuvent dater de la naissance, mais elles peuvent certes être formées après, à la suite de la vulvite si fréquente chez les petites filles. Rien ne s'oppose à ce que, à la suite d'une vulvite, il se forme une agglutination pure et simple (1), ou bien une production

1. Guersant a vu « bon nombre de petites filles présenter une vulve à leur naissance, et chez lesquelles à un âge plus avancé les petites lèvres agglutinées la faisaient disparaître (*Bull. soc. chirurgie*, t. X, 1859).

mémbraneuse qui réunisse les deux petites lèvres sur une plus ou moins grande étendue. La vulvite peut disparaître, ou spontanément, ou par l'influence d'un traitement général, et la néo-membrane subsister. Nous pouvons même citer un cas, chez une petite fille de cinq ans, où des adhérences d'abord rompues par intervention manuelle reprirent, furent sectionnées ensuite au bistouri et reparurent une troisième fois. La cicatrice due à la section avec l'instrument tranchant était très apparente, et elles ne cédèrent qu'à une destruction au thermo-cautère.

Pour M. Chipault « la vulvite paraît devoir être mise presque toujours sinon toujours en cause. » Dans les huit faits observés par lui il a pu constater son existence. Deux fois même la mère lui affirma qu'avant d'avoir eu du prurit et un écoulement vulvaire l'enfant était bien conformé (*Bull. méd.*, 1891, n° 71).

Nous pouvons donc admettre qu'un groupe important de cas de ce genre est sous la dépendance exclusive de la vulvite, sans dire toutefois avec Puech qu'elle est toujours accidentelle. Puech ajoute : l'adhérence des petites lèvres s'observe à *tout* âge, mais surtout dans l'enfance. Nous ne connaissons que le cas rapporté par M. Chipault concernant les adultes, et que nous résumons ici : « Le 15 juin 1891, venait à la consultation gynécologique de la Charité une jeune femme de 24 ans, élevée à la campagne,

réglée à 14 ans, elle eut à 21 ans une bartholinite gauche et le médecin qui la vit alors lui dit qu'elle avait du côté des parties une anomalie dont elle aurait à se préoccuper si elle devenait enceinte. La jeune femme fut fort étonnée car ses fonctions génitales s'accomplissaient normalement... Elle est enceinte aujourd'hui de six mois; en examinant la vulve, on voit de suite que les petites lèvres sont reliées l'une à l'autre par une bride perpendiculaire à leur bord libre, assez épaisse, parcourue par quelques vaisseaux, diminuant de calibre sur la ligne médiane » (*Bull. médic.*, n. 71, 1891).

Nous rapporterons maintenant l'observation suivante, intéressante, croyons-nous, par les récides qui se sont présentées.

OBSERVATION.

G..., fillette de 5 ans 1/2, est examinée par M. le Dr Rémond (de Paris), qui constate une fusion des petites lèvres, fusion due à une membrane qui lui semblait assez résistante. Il n'y a pas trace de vulvite. Cette adhérence, d'abord rompue par un chirurgien, reprend au bout de peu de temps. L'enfant fut incidemment examinée par un accoucheur qui incisa au bistouri sur la sonde cannelée. Les parties furent isolées par un pansement, et malgré ce dernier les adhérences reprirent de nouveau.

Le Dr Rémond fut appelé de rechef à voir l'enfant

chez laquelle les adhérences s'étaient reformées pour la seconde fois ; on distinguait nettement sur la ligne médiane de la membrane la cicatrice de l'incision. Les adhérences furent rompues pour la troisième fois avec le seul aide de la sonde cannelée, et le thermocautère fut approché avec précaution du reliquat des membranes. On plaça un pansement isolateur et cette fois l'enfant guérit.

L'examen histologique d'un fragment de cette membrane aurait peut-être pu donner sur l'étiologie de ces adhérences des éclaircissements. Malheureusement aucun des observateurs n'en a recueilli, et nous ne croyons pas que l'examen histologique en ait été jamais fait.

III

ANALOGIES ENTRE LES ADHÉRENCES PRÉPUTIALES ET CELLES DES PETITES LÈVRES.

Tous les auteurs qui ont mentionné les adhérences qui nous occupent les ont comparées aux adhérences du prépuce au gland. Cette comparaison, qui est répétée presque toujours sous la même forme, ne comporte nulle part d'autre développement. Si nous reprenons les divisions au point de vue pathogénique, que nous avons adoptées, nous trouvons dans Bokai une explication des adhérences préputiales congénitales : « A la naissance, d'après les recherches de Bokai, il y a normalement adhérence entre le prépuce et le gland, sur la plus grande partie de leurs surfaces. Cette adhérence est constituée par des couches de jeunes cellules épidermiques, cornées, qui se produisent d'avant en arrière. Cette adhérence, dit le professeur Bokai, peut dans certains cas s'étendre aux lèvres du prépuce de façon à le rétrécir » (in th. de Piussan, 1884).

Cette adhérence, ajoute-t-il, qui disparaît en général dans les premiers jours après la naissance, peut persister jusqu'à un an et plus. Dans quelques cas, la symphyse subsiste toute la vie.

Il s'agit bien ici d'adhérences congénitales, et cette description peut s'appliquer aux adhérences congénitales des petites lèvres chez les petites filles. L'évolution elle-même est identique puisque, nous l'avons vu, elles peuvent disparaître spontanément ou persister dans l'adolescence, voire même à l'âge adulte. Mais certaines adhérences préputiales, préparées pour ainsi dire par les rapports du prépuce et du gland, peuvent survenir à la suite de balanites surtout fréquentes dans l'enfance et persister à la suite de balanites répétées. Une atrésie incomplète peut même d'après Cullerier être la suite de ces inflammations.

« Cullerier ne disait-il pas que la structure normale du prépuce se trouvait modifiée par des inflammations répétées, que l'ouverture du prépuce se rétrécissait, et qu'il pouvait ainsi se produire une atrésie incomplète. Le phimosis peut donc être le résultat d'une inflammation préputiale fréquemment renouvelée et causer la balanite à lui seul » (1).

Cette manière de voir s'applique absolument aux adhérences des petites lèvres, et on peut expliquer de la sorte leur coalition après des

1. Piussan, *Loc. cit.*, p. 15.

inflammations répétées. Ce sont celles qui constituent le second groupe de notre classification. On peut donc mettre en regard balanite et vulvite comme point de départ de ces adhérences.

Si nous poussons le parallèle un peu plus loin, nous retrouverons encore des points de comparaison dans les symptômes, les adhérences préputiales sont capables en effet d'amener, suivant Piussan, la rétention d'urine et des déformations dans le jet ; nous rencontrerons au chapitre suivant ces mêmes particularités causées par l'obstacle dû à la soudure des petites lèvres. De même, l'urine parfois retenue dans la cavité du prépuce le distend, comme elle distend la poche formée par les petites lèvres soudées, derrière laquelle elle s'accumule.

Enfin, analogie dans le traitement, puisque souvent de simples tractions amènent la rupture de ces adhérences.

Nous pensons que ces ressemblances, sur lesquelles nous ne voulons pas insister, et qui portent sur l'origine, la constitution, les symptômes et le traitement, peuvent faire excuser cette courte digression, et nous croyons qu'il faut ainsi comprendre le rapprochement que font les auteurs entre les adhérences des petites lèvres et celles du prépuce.

IV

SYMPTOMES.

A. — *Aspect extérieur de la région vulvaire.*

En général, les organes génitaux externes semblent à première vue bien conformés. Les parties extérieures de la vulve sont normales, mais à l'intérieur il n'existe pas d'ouverture; une surface concave correspond à l'endroit où devrait se trouver l'orifice du vagin.

Chez les petites filles dont les nymphes débordent à l'état normal les grandes lèvres, c'est, par un examen attentif, en cherchant à les écarter ou en observant le premier jet d'urine qu'on pourra reconnaître la fusion ou les adhérences des petites lèvres.

Chez les enfants plus avancés en âge, il faut écarter les grandes lèvres pour se rendre compte d'une disposition anormale : à l'endroit où devrait se trouver la fente vulvaire, on voit une ligne,

espèce de raphé résultant de l'union des deux lèvres, union qui se fait par le bord inférieur ordinairement libre; ou bien les petites lèvres « paraissent » ne pas exister. Le vagin est obturé complètement ou bien il existe une fistulette.

Dans certains cas, il existe une membrane mince, souvent comparée à une pelure d'oignon, constituée par une pellicule translucide, bleuâtre, plus ou moins vascularisée, tantôt obturant la vulve complètement, tantôt laissant le méat urinaire plus ou moins libre (Bouchacourt). Elles peuvent encore être fixées linéairement l'une à l'autre par leur bord antérieur. Si l'on pratique la section, leurs surfaces d'insertion se montrent alors rosées, comme dépourvues d'épithélium, laissant ça et là couler une fine gouttelette de sang.

C'est parfois une juxtaposition tellement intime que Bouchacourt, dans deux cas observés par lui, a pu les comparer « à la juxtaposition des surfaces observées en physique et étudiées au chapitre des phénomènes capillaires ». C'était une véritable adhésion organique.

Cette membrane est quelquefois si mince qu'elle a pu être niée et on n'a vu alors qu'une simple agglutination de matières épidermiques qu'une légère traction pouvait détruire sans effusion de sang (Verneuil); et pour quelques auteurs ces adhérences ne seraient qu'un simple accollement (Legendre et Broca).

Cette disposition peut entraîner des déformations de voisinage. Ainsi dans deux cas l'urèthre était abaissé et son ouverture était béante plus qu'elle ne l'est à l'ordinaire. Dans les cas observés par Bouchacourt, la membrane ne s'étendait pas jusqu'au méat urinaire, et nous croyons qu'il en est presque toujours ainsi; cependant Debout dit que le méat urinaire est quelquefois recouvert par la membrane, en sorte que l'urine séjourne et se mêle à la sécrétion épidermique, ce qui est pour lui une indication d'opérer aussitôt l'anomalie reconnue.

B. — *Symptômes fonctionnels.*

Le symptôme le plus habituel est le trouble apporté à l'émission des urines (n'oublions pas que les anciens attribuaient aux petites lèvres l'usage de diriger le cours des urines; de là le nom de nymphes sous lequel ils les désignaient). Le jet perd de sa force, se divisant ou se brisant contre la face postérieure de la membrane.

S'il n'existe qu'un fin pertuis, l'urine peut au moment de la miction s'accumuler pendant quelques instants derrière la mince membrane. Si l'occlusion du méat urinaire accompagne l'occlusion de la vulve, l'enfant n'urine pas, s'agite, crie et en peu de temps une tumeur formée par la ves-

sie distendue se montre à l'hypogastre. L'orifice de l'urèthre est fermé par une membrane complète ou incomplète qui se tend au moment des efforts de l'enfant (Bouchut).

Aussi, chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un enfant nouveau-né qui n'urine pas, on devra penser à la possibilité de ces néo-formations vulvo-uréthrales. Dans ce cas, l'obstacle est souvent facile à vaincre, et une simple pression sur l'hypogastre peut permettre l'évacuation de la vessie.

C. — *Symptômes généraux.*

Dans bien des cas, la gêne apportée par cette anomalie est si peu sensible qu'elle peut passer inaperçue. Mais si cet état est en général, indolore, il a été parfois l'occasion de douleurs intolérables ; dans un cas cité par Puech, on crut même sur cet indice à l'existence d'une pierre ; dans un autre cas du même auteur, la vessie était grosse comme une boule, l'enfant n'avait pas uriné depuis cinq jours.

V

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic est généralement facile à établir. Il suffira à l'accoucheur, en même temps qu'il inspecte le nouveau-né, et plus particulièrement la région périnéo-anale, d'examiner avec attention la vulve. S'il peut surprendre le premier jet d'urine, il sera fixé immédiatement sur la possibilité de troubles urinaires.

A une époque plus reculée de la naissance, si le chirurgien constate cet agglutinement des petites lèvres, il devra s'informer s'il y a eu un écoulement et si, à un moment donné, on a remarqué une inflammation des organes génitaux.

Dans ce cas, il faudra faire la part de la vulvite dans la production des fausses membranes.

Lorsqu'on constate des brides analogues à celles qu'a décrites M. Chipault, afin d'en déterminer la nature d'une façon précise, on devra chercher dans les antécédents s'il n'y a point eu de cause

inflammatoire ou traumatique pouvant expliquer cette production.

Dans tous les cas on devra s'assurer s'il n'existe point de malformations profondes dans les organes, car le pronostic aussi bien que le traitement en dépendent.

VI

PRONOSTIC.

Le pronostic est, en général, bénin.

En effet, dans la majorité des cas, cette réunion des petites lèvres ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel. Les troubles ordinaires que nous avons décrits, et qui seuls pouvaient assombrir le pronostic, sont rarement très marqués et cèdent aisément au traitement.

Chez l'adulte, nous avons vu que le coït pouvait parfaitement s'accomplir.

Il y a bien une réserve à faire lorsqu'il s'agit d'une vulvite tenace pouvant amener des récidi-
ves.

Quant au pronostic opératoire, l'hémorrhagie étant insignifiante, on ne craindra pas de voir l'enfant être affaibli par une perte de sang consécutive à l'opération.

L'antisepsie donnera une garantie pour l'inflammation qui pourrait suivre.

Enfin, il n'y aura qu'à penser à une récurrence possible pour l'empêcher de se produire par les moyens que nous signalons au traitement.

VII

TRAITEMENT.

Quelle conduite tenir en présence d'adhérences telles que celles que nous venons de décrire ? Devra-t-on compter sur une rupture spontanée ou bien devra-t-on intervenir et à quel moment convient-il d'intervenir ?

Nous devons d'abord distinguer pour le traitement plusieurs cas :

Un premier groupe dans lequel il n'existe aucun trouble fonctionnel, et nous entendons surtout par là aucun trouble du côté de la miction.

Un second groupe où les adhérences s'accompagnent de troubles dans l'excrétion urinaire.

Enfin une troisième série dans laquelle les adhérences sont compliquées de vulvite.

Dans les cas du premier groupe, si les adhérences sont reconnues dès la naissance, on pourra attendre le courant de la seconde année, alors que l'enfant aura commencé à marcher. Dans cette

occurrence l'opération sera réduite au minimum de traumatisme, et le plus souvent le simple décollement manuel, un pansement à la vaseline renouvelé chaque jour afin d'empêcher toute reprise des adhérences suffira pour les faire disparaître totalement.

Malgré l'innocuité de l'anesthésie générale chez l'enfant, il sera inutile d'y recourir ; nous croyons absolument superflue l'anesthésie locale au moyen de badigeonnages à la cocaïne, les tiraillements étant peu douloureux ; il sera toujours possible d'obtenir une immobilisation suffisante pour pratiquer ces tractions, analogues à celles qu'on exerce pour détruire les adhérences du prépuce au gland. Il suffit en effet d'écarter chaque moitié de la membrane obturatrice, avec les pouces appuyés de chaque côté. Cette manœuvre ne demande aucun effort.

Les conditions d'intervention seraient bien différentes si l'on était obligé d'intervenir comme nous l'avons vu deux ou trois fois, à quelques semaines ou à quelques mois de distance dans ce cas, l'enfant proteste, résiste d'une façon telle qu'il vaudra mieux lui faire respirer quelques bouffées de chloroforme. Nous avons vu anesthésier plusieurs fois des enfants le matin de bonne heure avant leur réveil et nous pensons que cette manière de faire est particulièrement recommandable lorsqu'il s'agit des organes génitaux.

L'hémorrhagie est insignifiante, et on n'aura

même pas à redouter d'inflammation consécutive.

Le procédé manuel est le procédé d'élection ; on est assuré, en effet, de la sorte de pouvoir mesurer son effort, de ne point contondre les parties voisines si délicates ; toutefois, on peut dans certains cas pousser une sonde cannelée en arrière des adhérences et les détacher de cette manière.

Lorsque celles-ci sont plus résistantes, plus épaisses, on pourra être obligé de sectionner d'un coup de bistouri dirigé sur la sonde cannelée. Enfin, on pourra encore user de petits ciseaux allongés.

S'il coule quelques gouttes de sang, l'application d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'antipyrine arrêtera rapidement l'écoulement du sang.

L'emploi du thermo-cautère sera exceptionnel ; toutefois, dans le cas d'adhérences persistantes ou ayant une certaine tendance à se reformer après des interventions manuelles et instrumentales avec le bistouri, on usera avec la plus grande prudence du thermo-cautère, dans ce cas l'anesthésie sera indispensable. Si minime que soit l'opération, si peu étendue que soient les surfaces cruentées, on lavera avec soin la vulve avec une solution boriquée.

Une fois le conduit vulvo-vaginal rendu libre, il faudra en assurer la perméabilité et prévenir de nouvelles adhérences. Cette seconde indication est obtenue en isolant le bord libre des petites lèvres

jusqu'à la cicatrisation complète au moyen d'un pansement antiseptique. On se servira avec avantage d'ouate hydrophile enduite de vaseline.

Dans les interventions intéressant le périnée, telles que fistules anales, dilatations anales, périnéorraphie, etc., on observe fréquemment à la suite une rétention d'urine. Dans aucun des cas que nous avons relaté, cette complication post-opératoire ne s'est présentée ; cependant, il sera toujours bon d'y songer, et de surveiller l'enfant quelque temps à ce point de vue. Dans les cas où elle existerait, on commencerait par faire prendre à l'enfant un bain tiède, moyen qui suffit souvent pour déterminer la miction. Si la rétention persistait, on provoquerait l'émission des urines par les moyens ordinaires.

Nous n'avons envisagé que la première catégorie d'adhérences, celles qui ne comportent aucun trouble de la miction. Dans le second groupe où l'on observe les troubles urinaires que nous avons décrits, il faudra opérer aussitôt que l'occlusion aura été reconnue.

Enfin, dans les cas où il existerait une vulvite due, soit à une cause locale, soit à une cause générale, il importerait de surseoir, et de soigner au préalable la vulvite par des moyens appropriés, par un traitement général et des topiques locaux, et seulement alors que les tissus ne seront plus enflammés, agir suivant les préceptes que nous avons énoncés.

CONCLUSIONS

1° En résumé, il existe des adhérences des petites lèvres qui peuvent être d'origine congénitale, ne s'accompagnant pas d'autres malformations.

2° Ces adhérences semblent dans certains cas (vulvite) survenir après la naissance.

3° Il est nécessaire de les reconnaître et d'y remédier. L'accoucheur ne doit pas négliger ce point dans l'examen du nouveau-né, *post partum*.

4° Le traitement est en général simple et comporte une légère intervention.

Vu par le Président de la thèse.
TARNIER

Vu par le Doyen :
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Amussat.** — Observation sur une opération de vagin artificiel, lue à l'Institut le 2 novembre 1835.
- Bouchacourt.** — Recherches sur l'atrésie vulvaire (Bull. Soc. chirurgie de Paris, 1856, t. VI).
- Bokai.** — Jahrbuch für kinderkrankheiten, 1872 (Bd. V, p. 26 et 163).
- Bouchut.** — Traité pratique des maladies des nouveau-nés. Paris, 1855.
- J. Capuron** — Traité des maladies des enfants. Paris, 2^e éd. 1820.
- Cazeaux.** — Traité prat. et théorique de l'art des accouchements. Paris, 1844.
- Charpentier.** — Traité pratique des accouchements. Paris, 1890.
- Honoré Chailly.** — Traité pratique de l'art des accouchements. Paris, 1845.
- A. Chipault.** — Adhérences des petites lèvres. Bulletin médical, 1891, n. 71.
- Combes Brassard.** — L'ami des mères, 1819.
- Ch. Debierre.** — L'hermaphrodisme. Paris, 1891.
- Vices de conformation des organes génitaux et urinaux de la femme. Paris, 1892.

- Dechambre.** — Dictionnaire usuel des sc. médicales. Paris, 1885.
- Dechambre et Lereboullet.** — Dict. encyclopédique des sc. médicales, 1889.
- Denman.** — Introduction à la pratique des accouchements, 1795, trad. française par Kluyskens. Paris, 1802.
- Dugès.** — Mémoire sur l'hermaphrodisme, Montpellier, 1827.
— Manuel d'obstétrique. Paris, 1830.
- Duplay et Reclus.** — Traité de chirurgie.
- Follin et Duplay.** — Traité élém. de path. ext. Paris, 1888.
- Is. Geoffroy Saint-Hilaire.** — Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation, 1832.
- Gosselin.** — Clinique chirurgicale de la Charité, t. III.
- A. Haller.** — Disputationes chirurgicæ selectæ. Lausanne, 1755.
- Jacquemier.** — Manuel des accouchements. Paris, 1846.
- Labadie de Lalande.** — De l'obstruction complète du conduit vulvo-utérin. Th. de Paris, 1856.
- L. Le Fort.** — Des vices de conformation de l'utérus et du vagin. Th. d'agrégation, 1863.
- Legendre et Broca.** — Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale. Paris, 1894.
- Marjolin.** — Dict. de médecine, t. 21, art. vulve. Paris, 1828.
- Maunoury et Salmon.** — Manuel de l'art des accouchements. Paris, 1850.
- F. Mauriceau.** — Traité des maladies des femmes grosses, 7^e éd. Paris, 1740.
- F.-J. Moreau.** — Traité pratique des accouchements. Paris, 1841.
— 7^e édition de Baudelocque : Principes sur l'art des accouchements. Paris, 1837.
- Odier et Chantreuil.** — Gazette des hôpitaux, 1866, n° 132.

Ambroise Paré. — Les œuvres d'A. Paré divisées en 29 livres, 5^e éd. Paris, 1598.

Ch. Piussan. — Atrésie congénitale du prépuce. Th. de Paris, 1884.

Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1890.

Puech. — Atrésie complexe des voies génitales. Annales de gynécologie, 1875.

— Atrésie des voies génitales de la femme. Mém. de l'académie de Montpellier, 1863.

— Atrésie des voies génitales. Paris, 1872.

Sappey. — Traité d'anatomie descriptive. Paris, 1889.

De Sinety. — Gynécologie.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, t. II, 1886.

Tarnier. — 7^e édition de Cazeaux, 1867.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, t. II.

Underwood. — Traité des maladies des enfants, traduit de l'Anglais. Paris, 1786.

Velpeau. — Traité complet de l'art des accouchements. Paris, 1835.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	7
I. — Aperçu historique.....	11
II. — Fréquence. Etiologie. Pathogénie.....	15
III. — Analogies entre les adhérences préputiales et celles des petites lèvres.....	27
IV. — Symptômes.....	30
V. — Diagnostic.....	34
VI. — Pronostic.....	36
VII. — Traitement.....	38
Conclusions.....	42
Index bibliographique.....	43

